

令和4年5月

医療機関代表者各位

社会福祉法人日本ライトハウス
理事長 橋本 照夫

令和4年度医療関係者視覚障害リハビリテーション研修会（第31回）
開催について（ご案内）

拝啓、時下ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。平素より視覚障害者福祉にはひとかたならぬご支援、ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、公益社団法人日本眼科医会・社会福祉法人日本ライトハウス主催、一般社団法人大阪府眼科医会、奈良県眼科医会、和歌山県眼科医会後援によります標記研修会を別紙（開催要項）の要領で開催いたしますので、ここにご案内申し上げますとともに受講者を募集いたします。受講に際しましては、積極的に受講する意欲のある方に応募していただければ幸甚でございます。

尚、新型コロナウイルスの影響による感染症の予防・拡散防止のため、研修会の中止及び講義内容変更の可能性がございます。

何卒、ご了承くださいませようお願い申し上げます。

敬具

令和4年度医療関係者視覚障害リハビリテーション研修会(第31回)

開催要項

1. 主催：公益社団法人日本眼科医会、社会福祉法人日本ライトハウス（養成部）
2. 後援：一般社団法人大阪府眼科医会、奈良県眼科医会、和歌山県眼科医会
3. 目的：医師・看護師・視能訓練士等医療関係者に対し、視覚障害についての基礎的知識、視覚障害リハビリテーション、心理リハビリテーション、関連する社会福祉、医療機関における視覚障害児・者への対応等の概略について、講義、及び実技（アイマスクによる体験）を通して解説することを目的とする。
4. 期間：令和4年9月20日（火）～ 9月22日（木）
5. 会場：社会福祉法人日本ライトハウス視覚障害リハビリテーションセンター
〒538-0042 大阪市鶴見区今津中2丁目4番37号
JR学研都市線放出（はなてん）駅下車、北東へ徒歩約15分
TEL06-6961-5521 FAX06-6968-2059
6. 受講資格：①医療機関に所属する職員で施設長等による推薦のある者
②本研修会を積極的に受講しようとする者
③3日間出席可能な者
7. 定員：20名
8. 受講費用：10000円
9. 申込：
 - ①方法：申込用紙に必要事項を記入の上、申し込んで下さい。
 - ②申込先：〒538-0042 大阪市鶴見区今津中2丁目4番37号
日本ライトハウス養成部
 - ③申込締切：定員になり次第締め切ります。
10. 受講者選考：受講が決定しましたら郵送もしくはFAXにて通知いたします。
11. その他：以下の事項についてご確認・ご了承をお願いいたします。
 - ①受講資格の項にも記してありますが、意欲を持って受講しようとする方が応募するようになして下さい。
 - ②宿泊施設はご用意できません。
 - ③実技では、屋外を移動する時間が多くなりますので歩きやすい靴、また、帽子等気候に応じた用意も各自お願いいたします。
 - ④実技は、館内でも行いますので上靴もご持参ください。

令和4年度医療関係者視覚障害リハビリテーション研修会(第31回)

日 程

第1日目

- 9:00～ 9:30 受付
- 9:30～ 9:45 開会（橋本照夫：日本ライトハウス理事長）
- 9:45～10:30 ガイダンス、日本ライトハウス館内案内（養成部）
- 10:30～11:20 講義＝視覚障害者のリハビリテーション1－自立と社会参加のためのパートナーシップ－（武田泰彦：相談室）
- 11:25～12:15 講義＝視覚障害者のリハビリテーション2－視覚障害者施設における看護師の役割－（仲下裕子：日本ライトハウスわくわく）
- 13:15～14:00 講義＝視覚障害者のリハビリテーション3（堀内恭子：養成部）
- 14:05～17:00 実技＝手引きによる歩行1（アイマスクによる手引き歩行）（養成部）

第2日目

- 9:10～10:00 講義＝視覚障害者の福祉（鶴見朝子：日本ライトハウスきらきら）
- 10:10～11:10 講義＝コミュニケーション訓練（田辺正義：養成部）
- 11:20～12:00 講義＝視覚障害者とスポーツ（森本剛史：養成部）
- 12:00～12:30 講義＝盲導犬について（盲導犬訓練所）
- 13:30～14:20 講義＝歩行訓練（和角輝美子：養成部）
- 14:30～17:00 実技＝手引きによる歩行2（養成部）

第3日目

- 9:15～11:40 講義＝弱視とコミュニケーション（堀内恭子他）
（弱視シミュレーションによる実技を含む）
- 11:45～12:30 実技＝日常生活動作訓練（アイマスクによる食事）（和角輝美子他）
※この食事は当施設でご用意します。
- 13:15～15:05 講義＝日常生活動作訓練（松下昭司：養成部）
- 15:10～15:30 視覚障害者のリハビリテーション4
（堀内恭子：養成部）
- 15:30～16:00 ディスカッション（養成部）

※実技は、指導者養成課程受講生及び職員が担当させていただきます。

<日本ライトハウス養成部あて:FAX06-6968-2059>

(本申込書に1名分を記入して下さい。2名以上の場合はコピーして使用して下さい)

令和4年度医療関係者視覚障害リハビリテーション研修会(第31回) 受講申込書

私は標記研修会を受講いたしたく、ここに申し込みいたします。

令和 年 月 日

ふりがな:

氏名:

印

生年月日: 19 年(昭和・平成 年) 月 日生 歳

所属医療機関名:

(部・科・病棟名等も記入)

同住所:(〒)

同 TEL:

同 FAX:

職種:

現在の所属機関での経験年数: 年目 その職種の経験年数: 年目

自宅住所:(〒)

自宅 TEL:

同 FAX:

推薦状(院長もしくは、所属長による推薦状を書いて下さい。この欄が空白の場合、申し込みは無効となります。)